**Deutscher Bundestag** **Drucksache 14/5427**

**14. Wahlperiode** 05. 03. 2001

# Antwort

## der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Wolfgang Zöller, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 14/5306 –**

## Missbräuchliche Verwendung von Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung

Nach Informationen verschiedener Zeitungen (vgl. z. B. Handelsblatt vom 19. und 21. Dezember 2000 sowie Ärztezeitung vom 20. Dezember 2000) haben einige der Bundesaufsicht unterstehende Krankenkassen in rechtswidriger Weise Kosten für Hilfsmittel in die soziale Pflegeversicherung eingebucht.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind seit ihrer Einführung vor fünf Jahren weder entsprechend der Inflationsrate noch entsprechend der Entwicklung der Einkommen der Versicherten angepasst worden. Trotz nachhaltiger Forderungen der Opposition weigert sich die Bundesregierung, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zumindest entsprechend der Inflationsrate anzupassen. Hierdurch ist ein drastischer Reform- und Anpassungsstau entstanden, der die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zunehmend entwertet.

Die Krankenkassen verwalten treuhänderisch das Vermögen der sozialen Pflegeversicherung (§ 1 Abs. 3, §§ 46 ff. SGB XI). Vor dem Hintergrund der o. g. Presseberichte drängt sich der Eindruck auf, dass einige Krankenkassen durch Fehlbuchungen im Bereich der Pflegehilfsmittel die ihnen durch Gesetz eingeräumte Befugnis, über fremdes Vermögen zu verfügen, missbrauchen. Die Verschiebung von Kosten für Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung in die soziale Pflegeversicherung wurde von einigen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen u. a. durch diverse Schreiben gesteuert.

Nach Aussagen des Bundesversicherungsamts (BVA) anlässlich der Präsentation des Tätigkeitsberichts 1999 sollen allein von der der Bundesaufsicht unterstehenden Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) auf diese Weise mehr als 100 Mio. DM von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die soziale Pflegeversicherung zulasten des Ausgleichsfonds verschoben worden sein. Die DAK hat diese Verschiebungen nach ersten Presseanfragen geleugnet, nach einem späteren Rundfunkbericht jedoch eingestanden.

Das BVA soll der DAK wegen der angespannten Finanzlage das Recht eingeräumt haben, die verschobenen Beträge in fünf Jahresraten zurückzuzahlen.

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 1. März 2001 übermittelt.*
*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

Es ist davon auszugehen, dass der DAK durch die zugestandene Ratenzahlung von fünf Jahren bei einem hinterzogenen Betrag von 100 Mio. DM ein Liquiditätsvorteil in zweistelliger Millionenhöhe entstanden ist. Ein weiterer Liquiditätsvorteil von ca. 30 Mio. DM hatte die DAK aus der Vorenthaltung von 100 Mio. DM Beitragsmitteln bei einer sechsprozentigen Verzinsung über einen Zeitraum von fünf Jahren. Ein Ausgleich für die z. T. rechtswidrig verschafften Liquiditätsvorteile und die ebenfalls hinterzogenen Verwaltungskosten ist nach den Darstellungen nicht vereinbart worden. Auch ist die Vereinbarung der Ratenzahlung nicht mit einem Ausgleich für den hierdurch entstandenen Zinsvorteil verbunden gewesen.

Der AOK-Bundesverband versucht sein rechtswidriges Handeln nunmehr dadurch zu legalisieren, dass „zukünftig von Hilfsmitteln im Sinne der GKV nur noch ausgegangen werden soll, wenn diese es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, seine Grundbedürfnisse unabhängig vom Angehörigen zu erledigen. Sobald ein Hilfsmittel, z. B. ein Badewannenlifter oder Rollstuhl, nur mit Hilfe von Pflegekräften benutzt werden könne, sei dieses als Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 SGB XI zu definieren“.

Zu der in der Einleitung der Kleinen Anfrage angesprochenen missbräuchlichen Verwendung von Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung wird vorab auf Folgendes hingewiesen:

Das Recht der Pflegeversicherung sieht in § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI – bei häuslicher Pflege einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel vor, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder von anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln überprüft die Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Aus der gesetzlichen Regelung ergibt sich eindeutig, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich Vorrang hat. Der Gesetzgeber konnte sich bei Einführung der Pflegeversicherung darauf stützen, dass das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bereits eine sehr weitgehende Versorgung mit Pflegehilfsmitteln vorsieht. An dieser Leistungspflicht der Krankenkassen sollte sich mit Einführung der Pflegeversicherung nichts ändern, wie auch der Leistungsumfang der Krankenversicherung unverändert fortbestehen sollte. Die Leistungspflicht der Pflegekassen sollte lediglich ergänzend dort einsetzen, wo das Recht der Krankenversicherung für bestimmte Hilfsmittel keine Leistungspflicht vorsieht, wie z. B. beim Pflegebett.

Entsprechend dieser subsidiär ausgestalteten Leistungspflicht der Pflegeversicherung hatten die Spitzenverbände der Pflegekassen ein Pflegehilfsmittelverzeichnis als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung zu erstellen, das nur Hilfsmittel enthalten darf, die nicht schon im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung (§ 128 SGB V) enthalten sind. Die klare Trennung der Verzeichnisse hat den Zweck, die Nachrangigkeit der Leistungsverpflichtung der Pflegeversichernng abzusichern, die Umsetzung der Subsidiarität in praktikabler Weise zu ermöglichen und in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung eine gleichmäßige Bewilligungspraxis sicherzustellen.

Bereits bei der Erstellung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses wurden unterschiedliche Auffassungen der Spitzenverbände zum Umfang der Hilfsmittelversorgung von Kranken- und Pflegeversicherung deutlich. Um der damit verbundenen Gefahr entgegenzuwirken, dass die vom Gesetzgeber gewollte nachrangige Leistungspflicht der Pflegekassen unterlaufen wird, hat am 26. Februar 1996 das damals für die Pflegeversicherung zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesund-

heit im Rahmen der Rechtsaufsicht einen Verpflichtungsbescheid gegenüber den Spitzenverbänden der Pflegekassen erlassen, nach dem Produkte, die im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung aufgeführt sind, nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis enthalten sein dürfen.

Im Jahre 1999 haben Hinweise einzelner Prüfdienste von Bund und Ländern deutlich gemacht, dass in der Praxis bei der Hilfsmittelversorgung versicherter Pflegebedürftiger die gesetzlich vorgesehene vorrangige Leistungspflicht der Krankenkassen nicht ausreichend beachtet und demzufolge auch Buchungen zulasten der Pflegeversicherung vorgenommen wurden. Dies veranlasste das Bundesministerium für Gesundheit, mit Schreiben vom 14. Dezember 1999 an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit noch einmal klar auf die Grenzen der Leistungspflicht der Pflegekassen hinzuweisen, die sich aus der subsidiären Leistungszuständigkeit der Pflegekassen und dem die Subsidiarität konkretisierenden Pflegehilfsmittelverzeichnis nach dem SGB Xl ergeben. Insbesondere wurde darauf aufmerksam gemacht, dass nach geltendem Recht nicht zulässig sei, bei der Hilfsmittelbewilligung jeweils im Einzelfall eine Prüfung vorzunehmen, ob das Hilfsmittel eher medizinischen oder eher pflegerischen Zielsetzungen diene mit der Folge, es entweder der Leistungspflicht der Kranken- oder der Pflegeversicherung zuzuordnen. Die Subsidiarität der Leistungspflicht der Pflegeversicherung werde in ihr Gegenteil verkehrt, wenn für eine Ablehnung des Anspruchs gegenüber der Krankenversicherung die Feststellung genüge, dass ein Hilfsmittel sich erleichternd auf die Pflege auswirke, denn letztlich vermindere jedes Hilfsmittel den Hilfebedarf und diene damit auch der Erleichterung der Pflege.

Wenn Krankenkassen Hilfsmittel, die in ihre Leistungspflicht fallen, nicht erbringen und stattdessen Pflegekassen diese Leistungen übernehmen, verstoßen diese Kassen gegen geltendes Recht. Es ist Aufgabe der für die Pflege- und Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu entscheiden, ob und ggf. wie bei festgestelltem rechtswidrigem Verwaltungshandeln einzuschreiten ist. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen hat dies getan und bereits betroffene bundesunmittelbare Pflegekassen zum Ausgleich von Fehlbuchungen veranlasst.

Zudem haben die Prüfdienste von Bund und Ländern beschlossen, im Jahre 2001 im Rahmen der in § 274 SGB V und § 46 Abs. 6 SGB XI vorgeschriebenen Prüfungen der Kranken- und Pflegekassen schwerpunktmäßig den Bereich der Hilfsmittelversorgung zu prüfen. Soweit dabei Fehlbuchungen zu Lasten der Pflegeversicherung festgestellt werden, erscheint ein Ausgleich zugunsten der Pflegekassen angezeigt.

Allerdings ist es abwegig, wenn in der Anfrage der Eindruck erweckt wird, bei korrekter Buchung der Pflegehilfsmittel ergäbe sich in der Pflegeversicherung Spielraum für eine notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen. Ein Zusammenhang zwischen dem Gegenstand der Kleinen Anfrage – mögliche Fehlbuchungen bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV – und der (Nicht-) Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung erscheint konstruiert, Die Bundesregierung sieht sich deshalb veranlasst, vorab Folgendes klarzustellen:

Es ist richtig, dass die Leistungen der Pflegeversicherung bisher nicht dynamisiert wurden. Richtig ist aber auch – und dies verschweigen die Fragesteller –, dass CDU/CSU und FDP für die Jahre von 1995 bis 1998 die unterlassene Dynamisiorung zu verantworten haben. Sie haben auf eine Dynamisierung verzichtet, weil auch Ihnen klar war, dass eine Dynamisierung auf Dauer aus den laufenden Einnahmen der Pflegeversicherung mit einem Beitragssatz von 1,7 v. H. nicht finanzierbar ist. Hieran hat sich bis heute nichts geändert.

Im Übrigen ist festzustellen, dass unabhängig davon, welchen Anteil mögliche Fehlbuchungen zulasten der Pflegeversicherung an den Gesamtaufwendungen

der Pflegeversicherung für Hilfsmittel haben, die dadurch einsparbaren Finanzmittel keinesfalls ausreichen, um eine Dynamisierung der Leistungen in Höhe eines Inflationsausgleichs zu finanzieren. Die Gesamtaufwendungen der Pflegeversicherung für Hilfsmittel belaufen sich nach den Rechnungsergebnissen der letzten Jahre auf jeweils unter 0,7 Mrd. DM jährlich. Demgegenüber würde bereits eine einmalige Anpassung der Pflegeleistungen in Höhe von beispielsweise 5 v. H. zu jährlichen Mehrausgaben in der Pflegeversicherung von rund 1,5 Mrd. DM führen.

1. Seit wann weiß das Bundesministerium für Gesundheit von diesen rechtswidrigen Verschiebungen zulasten der sozialen Pflegeversicherung?

Um eine korrekte Abgrenzung der Finanzverantwortung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung im Bereich der Hilfsmittelversorgung abzusichern, hat das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit den vorab genannten Verpflichtungsbescheid vom 26. Februar 1996 erlassen. Entsprechend haben die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern auf ihrer 50. Arbeitstagung im Juni 1997 die Auffassung des Bundesversicherungsamtes zum Vorrang der Leistungspflicht der Krankenkassen ausdrücklich bestätigt. Das. Bundesversicherungsamt hat Kassen aufgegeben, getroffene Hilfsmittelentscheidungen unter Beachtung des § 40 Abs. 1 SGB XI i. V. m. dem Pflegehilfsmittelverzeichnis vom 14. März 1996 zu überprüfen und ggf. durch Umbuchung zu korrigieren.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine von den Prüfdiensten des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes und der Länder für die Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Mai 1999 beabsichtigte bundesweite Schwerpunktprüfung zur „Abgrenzung KV/PV“ wegen vordringlicher anderer Aufgaben zurückgestellt werden musste, zumal viele Landesprüfdienste unterbesetzt bzw. durch Personaleinsparungen erheblich dezimiert waren. Im Rahmen von Routineprüfungen ist dieses Thema selbstverständlich weiter verfolgt worden.

2. Mit welchen konkreten Aktionen ist das Bundesministerium für Gesundheit gegen diese rechtswidrigen Beitragsverschiebungen vorgegangen?

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und in enger Zusammenarbeit mit dem Prüfdienst von Nordrhein-Westfalen sowie dem Bundesversicherungsamt haben sich im November 1999 verschiedene Prüfdienste zu einem Erfahrungsaustausch über Prüfergebnisse zur „Abgrenzung KV/PV“ getroffen und zur Vorbereitung von Prüfaktivitäten eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Prüfdienste von Bund und Ländern haben sodann auf ihrer Tagung im Juni 2000 auf Vorschlag der Arbeitsgruppe beschlossen, im Jahre 2001 eine bundesweite Schwerpunktprüfung „Abgrenzung KV/PV“ durchzuführen. Die Prüfungen sind zwischenzeitlich angelaufen, doch liegen noch keine Ergebnisse vor.

3. Wenn das Bundesministerium für Gesundheit nicht gegen diese rechtswidrigen Beitragsverschiebungen vorgegangen sein sollte, was war die Ursache für das Nichthandeln?

Auf die Antworten zu Fragen 1 und 2 wird verwiesen.

4. Hat das Bundesministerium für Gesundheit im Hinblick darauf, dass mit den rechtswidrigen Beitragsverschiebungen auch eine Änderung der Erstattung der Verwaltungskosten für die Durchführung der Pflegeversicherung verbunden ist, dafür Sorge getragen, dass auch die fehlerhaft verschobenen Verwaltungskosten auf die Krankenversicherung rückgebucht wurden?

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass den für die Kranken- und Pflegekassen zuständigen Aufsichtsbehörden bekannt ist, dass sich im Buchungsjahr die von der Pflegekasse an die Krankenkassen zu leistende Verwaltungskostenpauschale vermindert (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI), da die Umbuchungen als Handbuchungen auf dem Ausgabenkonto P 4310 (Technische Pflegehilfsmittel) der Pflegekassen erfolgen. Dadurch werden die in den Vorjahren zu viel erstatteten Verwaltungskosten wieder ausgeglichen.

5. In welcher Höhe wurden bei den einzelnen der Bundesaufsicht unterstehenden Kassen Verwaltungskosten auf die Krankenversicherung rückgebucht?

Aus den in der Antwort zu Frage 4 genannten Gründen müssen zu viel erstattete Verwaltungskosten nicht umgebucht werden, sondern vermindern sich im Buchungsjahr automatisch. Das Bundesversicherungsamt, das als Aufsichtsbehörde zuständig ist, führt hierüber keine eigene Statistik.

6. Wie wurde der von der DAK selbst eingestandene Hinterziehungsbetrag von 100 Mio. DM berechnet?

   Hat das BVA nur eine Schätzung vorgenommen, wenn ja, was waren die Grundlagen für die Schätzung?

Das Bundesversicherungsamt hat bei sechs Geschäftsstellen und den zwei umsatzstärksten Vertragsbereichen der DAK insgesamt 12 491 Fälle oder ein Umsatzvolumen von 13 098 562,15 DM geprüft. Der Prüfdienst Krankenversicherung des BVA hat bei weiteren neun Geschäftsstellen 1 936 Fälle geprüft. Die aus den Prüfungen ermittelten Fehlerquoten wurden auf die Gesamtkasse und das Gesamtumsatzvolumen der zurückliegenden Jahre nach der vierteljährlichen Einnahmen- und Ausgabenstatistik der Pflegekasse (PV 45 Konto P 4310) aus der Sozialdatenbank hochgerechnet. Dem stellte die DAK eine eigene Hochrechnung basierend auf der Nachprüfung einzelner Geschäftsstellen durch die Innenrevision der Kasse gegenüber. Der festgelegte Rückzahlungsbetrag ist dabei ein Kompromisswert, der eine gewisse Schwankungsbreite bei den insgesamt 1 428 Organisationseinheiten der Kasse, von denen nur ein Bruchteil geprüft werden konnte, berücksichtigt.

7. Wenn bei einigen Kassen eine Schätzung vorgenommen wurde, andere Kassen jedoch jeden einzelnen Fall rückgebucht haben, wie rechtfertigt das Bundesministerium für Gesundheit diese völlig unterschiedliche Behandlung?

Zur Vermeidung eines unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwandes durch die Überprüfung aller seit 1995 gewährten Hilfsmittel, die die Sachbearbeitung der Kasse und die Prüfdienste über viele Monate lahm legen würde, sind Stichproben zur Feststellung der Fehlerquote ein geeignetes und wirtschaftlich sinnvolles Mittel, auf deren Basis dann hochgerechnet werden kann. Da derartige

Verfahren in hohem Maße zuverlässig sind, liegen keine Anhaltspunkte für eine unterschiedliche Behandlung vor.

8. Haben das Bundesministerium für Gesundheit und das BVA darauf bestanden, dass dieser rechtswidrig verschaffte Liquiditätsvorteil ausgeglichen wird?

Ein Ausgleich des Liquiditätsvorteils setzt die Zuordnung von Fehlbuchungen zu einzelnen Zeitabschnitten (Buchungstagen) voraus. Dies ist weder von den Kassen noch den Prüfdiensten mit einem angemessenen und verhältnismäßigen Verwaltungsaufwand leistbar. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesversicherungsamt sind daher der Auffassung, dass der Liquiditätsvorteil bei der Feststellung des Umbuchungsbedarfs zu berücksichtigen ist. Daran hat sich das Bundesversicherungsamt gehalten.

9. Wie begründet das Bundesministerium für Gesundheit die Belastung des Ausgleichsfonds durch diese großzügige Regelung, die zulasten der übrigen korrekt arbeitenden Kassen geht?

Das Bundesministerium für Gesundheit ist der Auffassung, dass eine sowohl für die geprüften Kassen noch tragbare als auch eine für den Ausgleichsfonds kurzfristig Einnahmen sichernde Lösung gegenüber einem langwierigen Verwaltungs- und ggf. Gerichtsverfahren mit ungewissem Ausgang vorzuziehen ist.

10. Ist bei den Rückabwicklungen auch berücksichtigt worden, dass die erfolgsabhängigen Bestandteile des Gehalts von Vorstandsmitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen entsprechend der fehlerhaften Erfolgsrechnung der betreffenden Kasse wieder korrigiert werden?

Ob und inwieweit erfolgsabhängige Bestandteile der Gehälter von Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen von der Höhe der Leistungsausgaben der Kassen abhängen, ist dem Bundesministerium für Gesundheit nicht bekannt. Im Übrigen würden sich derart erfolgsabhängige Gehaltsbestandteile durch die Ausgleichszahlungen selbst korrigieren.

11. Falls nein, was sind die Gründe für das Nichthandeln der Bundesregierung und den Nichtausgleich?

Auf die Antwort zu Frage 10 wird verwiesen.

12. Ist das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Justiz der Auffassung, dass hier ein offensichtlicher Fall von Untreue gemäß § 266 StGB vorliegt?

Die strafrechtliche Bewertung des infrage stehenden Sachverhaltes obliegt den hierfür zuständigen Strafverfolgungsbehörden der Länder.

13. Hat das Bundesministerium für Gesundheit oder das seiner Aufsicht unterstehende BVA Strafanzeige wegen Untreue gegen die für die rechtswidrigen Falschbuchungen verantwortlichen Funktionäre gestellt?

Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen derzeit keinerlei Erkenntnisse vor, die Anlass zu derartigen Überlegungen geben könnten. Das Bundesversicherungsamt hat nach derzeitigem Kenntnisstand bisher keine Strafanzeige erstattet.

14. Sind hierdurch nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums der Justiz weitere strafrechtliche Tatbestände gegeben?

Auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen.

15. Welche Konsequenzen auch personeller und organisatorischer Art gedenkt die Bundesregierung aus dem Sachverhalt zu ziehen?

Die Bundesregierung sieht wegen des Vorwurfs der missbräuchlichen Verwendung von Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung keine Veranlassung, personelle oder organisatorische Änderungen beim Bundesversicherungsamt zu veranlassen. Anhaltspunkte dafür, dass Faktoren personeller oder organisatorischer Art eine sachgerechte Behandlung der Angelegenheit behindert haben könnten, sind nicht ersichtlich.

16. Warum haben weder das Bundesministerium für Gesundheit noch das BVA Strafanzeige gegen Funktionäre der betroffenen Krankenkassen gestellt?

Auf die Antwort zu Frage 13 wird verwiesen.

Im Übrigen weist das Bundesministerium für Gesundheit darauf hin, dass das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung aller wesentlichen Umstände im Hinblick auf die komplexe Sach- und Rechtslage keine Veranlassung zur Anzeigeerstattung gesehen hat.

17. Warum werden von der Bundesregierung nicht mit der gleichen Konsequenz – wie bei Abrechnungsbetrügereien von einzelnen Ärzten – mögliche Veruntreuungen von Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung durch einzelne Krankenkassen strafrechtlich verfolgt?

Auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen.

18. Hatte die Bundesregierung anlässlich der positiven Bewertung der Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung durch Staatssekretär a. D. Erwin Anton Jordan im Dezember 2000 die rechtswidrigen Verschiebungen der Beitragsmittel bereits rechnerisch berücksichtigt, wenn ja, in welcher Höhe?

Der im Dezember 2000 präsentierten Finanzschätzung lag die tatsächliche Finanzentwicklung bis Ende Oktober zugrunde. Soweit schon bis dahin einzelne Pflegekassen ihre Buchungspraxis bezüglich der Hilfsmittel geändert haben, sind entsprechende Minderausgaben in der Modellrechnung berücksichtigt und auch in die Zukunft fortgeschrieben worden. In welchem Ausmaß dies gesche-

hen ist, ist allerdings nicht quantifizierbar. Da der Gesamtumfang möglicher Fehlbuchungen (auch derzeit) noch nicht feststeht, sind weitere Minderausgaben nicht in die damalige Finanzschätzung eingegangen.

19. Inwieweit hat die Bundesregierung die Korrektur der Beitragsverschiebungen, die für die gesetzliche Krankenversicherung Rückbelastungen in Milliardenhöhe bringt, bei der letzten Präsentation der Zahlen für die gesetzliche Krankenversicherung bereits berücksichtigt?

    Wenn nein, warum ist das nicht geschehen?

Bei der in der Frage angesprochenen Präsentation der vorläufigen Finanzergebnisse (KV 45) für das 1. bis 3. Quartal 2000 bestand keine Veranlassung, auf mögliche Rückbuchungen im Bereich Pflegehilfsmittel bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt einzugehen, da der Bundesregierung bislang keine gesicherten Erkenntnisse über den eventuellen Umfang von Fehlbuchungen vorliegen. Sofern Krankenkassen festgestellte Fehlbuchungen in ihren Finanzergebnissen umgebucht haben, sind sie bei den ausgewiesenen Ausgaben und Veränderungsraten im Bereich der Hilfsmittel berücksichtigt.

20. Wann und inwieweit wurde die politische Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit von den rechtswidrigen Beitragsverschiebungen von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung unterrichtet?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

Nachdem sich Ende 1999 und Anfang 2000 aus den Bereichen der Prüfdienste von Bund und Ländern deutliche Hinweise auf eine nicht unerhebliche Zahl von Fehlbuchungen ergaben, ist die politische Leitung unterrichtet worden.

21. Wenn die politische Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit nicht rechtzeitig über die Verschiebungen informiert wurde, welche Konsequenzen – insbesondere auch im Hinblick auf den Risikostrukturausgleich – zieht die Bundesregierung aus dem gesamten Sachverhalt?

Die Frage nach den Konsequenzen aus dem „gesamten Sachverhalt“ ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfehlt, da die Prüfergebnisse noch nicht vorliegen. Ist infolge einer nicht ordnungsgemäßen Buchung von Pflegehilfsmitteln zulasten der sozialen Pflegeversicherung eine nachträgliche Umbuchung dieser Ausgaben zulasten der Krankenkassen erforderlich, führt dies im Risikostrukturausgleich zu einer Erhöhung des Beitragsbedarfs der betroffenen Krankenkassen und damit auch der Beitragsbedarfssumme der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt.: Im Risikostrukturausgleich kann dies durch entsprechende Korrekturen berücksichtigt werden. Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der Ausgleichsbescheide für die jeweiligen Ausgleichsjahre hat diese Umbuchung nicht, da diese entsprechend dem jeweils geltenden Recht erstellt worden sind.

22. Gibt es auch personelle Konsequenzen?

Auf die Antwort zu Frage 21 wird verwiesen.

23. Unterstützt die Bundesregierung den Vorstoß des AOK-Bundesverbandes zur Neuabgrenzung der Hilfsmittelversorgung für Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege?

Falls das Schreiben des AOK-Bundesverbandes an das Bundesversicherungsamt vom 19. Dezember 2000 gemeint sein sollte, sieht die Bundesregierung darin keinen Vorschlag zur Neuabgrenzung der Hilfsmittelversorgung für Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege. Die Bundesregierung sieht darüber hinaus keinen Anlass zur Neuabgrenzung der Hilfsmittelversorgung für Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege.

24. Wird die Bundesregierung jetzt oder in Zukunft eine entsprechende Gesetzesinitiative einbringen?

Die vorrangige Leistungspflicht der Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung eines pflegebedürftigen Versicherten ist im Pflegeversicherungsrecht (§ 40 SGB XI) hinreichend geregelt. Eine Gesetzesänderung ist daher derzeit nicht beabsichtigt.

25. Wenn ja, würde dadurch nicht die Moral derjenigen Kassen völlig untergraben werden, die sich bisher rechtmäßig verhalten haben?

Auf die Antwort zu Frage 24 wird verwiesen.

26. Sieht die Bundesregierung nach Rückbuchung der rechtswidrigen Belastungen der sozialen Pflegeversicherung finanzielle Handlungsspielräume, die unzureichenden Leistungen nach fünf Jahren endlich anzupassen?

Leistungsanpassungen führen dauerhaft zu Mehrausgaben. Deshalb lassen sie sich grundsätzlich nicht aus einmaligen Einnahmen – zu denen auch eventuelle Rückbuchungen zählen – finanzieren. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333